

213
213

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 16 juin 1892, à 1 heure

PAR

Raoul COMTE

Né à Chatillon-en-Bazois (Nièvre) le 22 mai 1867

DES FAUSSES DÉFERVESCENCES

DANS LA

PNEUMONIE FRANCHE

Président : M. DEBOVE, professeur.

Juges : $\left\{ \begin{array}{l} \text{MM.} \\ \text{MATHIAS-DUVAL, professeur,} \\ \text{HUTINEL, BRUN, agrégés.} \end{array} \right.$

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 16 juin 1892, à 1 heure

PAR

Raoul COMTE

Né à Chatillon-en-Bazois (Nièvre) le 22 mai 1867

DES FAUSSES DÉFERVESCENCES
DANS LA
PNEUMONIE FRANCHE

Président : M. DEBOVE, professeur.

MM.

Juges : { MATHIAS-DUVAL, professeur,
HUTINEL, BRUN, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BROUARDEL
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....	TILLAX.
Thérapeutique et matière médicale.....	G. POUCHET.
Hygiène.....	HAYEM.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	LABOULBÈNE.
	STRAUS
Clinique médicale.....	G. SEE.
	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants.....	BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....	LE FORT.
	DUPLAY
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Cliniques d'accouchements.....	TARNIER.
	PINARD

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY et PAJOT

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GILBERT.	NETTER.	ROBIN Albert.
BAR.	GLEY.	POIRIER, chef des	SCHWARTZ.
BLANCHARD.	HANOT.	travaux anatomiques	SEGOND.
BRISAUD.	HUTINEL.	POUCHET.	TUFFIER.
BRUN.	JALAGUIER.	QUENU.	VILLEJEAN.
CAMPENON.	KIRMISSON.	QUINQUAUD.	WEISS.
CHANTEMESSE	LETULLE.	RETTERER.	
CHAUFFARD.	MARIE.	REYNIER.	
DEJERINE.	MAYGRIER.	RIBEMONT-DESSAIGNES	
FAUCONNIER.	NELATON.	RICARD.	

Le secrétaire de la Faculté ; CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans ses dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552010_0040

PRÉFACE.

Parmi les symptômes les plus importants de la pneumonie aiguë, celui qui sert le plus souvent de base au médecin pour apprécier la marche de la maladie, c'est assurément la température et son évolution cyclique.

En effet, le frisson initial qui marque le début de la pneumonie franche coïncide toujours avec une élévation subite de la température, et l'abaissement brusque du thermomètre au chiffre normal ou aux environs, indique généralement la terminaison du cycle morbide.

Aussi tout en examinant l'état local de l'organe envahi, le médecin attend-il cette défervescence brusque de la maladie et dès qu'elle apparaît, il se rassure, formule un heureux pronostic, persuadé que le malade va entrer en convalescence.

La règle est, en effet, que, la défervescence obtenue, la maladie soit terminée. Mais à toute règle, il y a des exceptions. Dans certains cas relativement fréquents, il arrive qu'après douze, vingt-quatre, parfois trente-six heures d'apyrexie, la température remonte rapidement à 38° 5, 39°, 39° 5 et même 40°, c'est-à-dire au même niveau ou à peu près, que pendant la période d'acmé.

Le médecin se trouve alors dans une situation très-embarrassée, surtout si confiant dans la défervescence ob-

servée il a annoncé à la famille la guérison du malade. En outre, effrayé par cette recrudescence violente de la fièvre, il peut commettre encore une seconde erreur grave, en mettant cette reprise sur le compte d'une nouvelle poussée de pneumonie, d'une pleurésie, de la tuberculose ou de toute autre complication. Or, dès le lendemain ou le surlendemain, la température baisse de nouveau brusquement et d'une façon continue pour ne plus remonter ; le malade est guéri.

C'est ce fait que nous avons voulu mettre en évidence ; nous l'avons vu plusieurs fois se produire à l'hospice des Enfants-Assistés dans le service de notre maître M. le professeur Hutinel, et c'est sur son conseil que nous avons entrepris cette thèse. Qu'il nous permette en cette occasion de le remercier des conseils bienveillants et éclairés qu'il a bien voulu nous donner.

Nous prions aussi nos maîtres dans les hôpitaux, M. Rigal et M. J. Simon en particulier, d'agréer l'assurance de notre profonde reconnaissance.

Que M. le professeur Debove veuille bien recevoir nos sincères remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

DIVISION DU SUJET

Après avoir rappelé en quelques mots le mode normal de défervescence dans la pneumonie franche aiguë, nous dirons ce qu'il faut entendre par fausse défervescence, et ce qui a déjà été dit sur ce sujet.

Nous donnerons ensuite les observations que nous avons recueillies, puis nous verrons comment se comportent le pouls et l'urine dans ces cas de fausse défervescence ; enfin nous dirons quelques mots sur le diagnostic et le pronostic de ces fausses défervescences.

DE LA DÉFERVESCENCE NORMALE DANS LA PNEUMONIE FRANCHE.

— IL EXISTE PARFOIS UNE FAUSSE DÉFERVESCENCE. —
SES CARACTÈRES. — AUTEURS QUI ONT CITÉ ET DÉCRIT
CETTE ANOMALIE.

« Le mode de défervescence, dit M. le professeur Jaccoud, est sans contredit ce qu'il y a de plus caractéristique dans l'histoire de la pneumonie » (1).

Au moment où le frisson initial annonce le début de l'affection, la fièvre s'allume avec violence ; dès le second jour, la température atteint son maximum et le thermomètre placé dans l'aisselle marque près de 40°. Après avoir atteint d'un seul bond sa période d'état, la température se maintient d'ordinaire à ce degré d'élévation jusqu'au cinquième ou septième jour avec de très-légères rémissions matinales. Puis survient la défervescence : elle commence d'habitude dans la nuit au moment de la rémission matinale, très-rarement au milieu du jour. En quelques heures, douze ou dix-huit, la température tombe au niveau physiologique ou un peu au-dessous, aussi brusquement qu'elle était arrivée à 39° ou 40° au début

1. Jaccoud, Clinique de la Charité.

de la maladie. Cette descente se fait d'une façon continue, la chaleur va sans cesse s'abaissant, à peine y a-t-il une légère exacerbation le soir.

Ainsi rapidité et continuité, voilà les caractères de la défervescence de la pneumonie. C'est ce que les anciens auteurs appelaient la crise (*crisis*) par opposition à la défervescence lente ou en terrasse (*lysis*) de plusieurs autres pyrexies. Or il n'en est pas toujours ainsi et dans bien des cas, tant chez l'adulte que chez l'enfant (peut-être plus fréquemment chez ce dernier), la défervescence n'est ni brusque ni continue ; elle se fait en deux, quelquefois même en trois temps ; ou si l'on préfère il se produit de fausses défervescences, de fausses crises.

Que se passe-t-il donc ? Dans les premiers jours de la maladie, la marche est celle d'une pneumonie normale, frisson unique, violent, point de côté, signes d'hépatisation pulmonaire (souffle, râles crépitants, submatité), ascension brusque de la température, qui se maintient autour de 40° avec de très-légères rémissions matinales. Puis dans la nuit du quatrième au cinquième jour et plus souvent du cinquième au sixième, sans aucune cause appréciable, sans aucune médication qui pourrait en donner l'explication, la température tombe brusquement de 1°5, 2° et souvent 3° au-dessous de ce qu'elle était la veille.

Toutefois la maladie ne subit point pour cela un temps d'arrêt, elle continue son évolution et comme nous le verrons plus loin, les symptômes locaux, le pouls, la composition de l'urine persistent le plus souvent sans changement notable.

Cette apyrexie est parfois d'une très-courte durée, cinq à six heures par exemple, ordinairement elle subsiste dix à douze heures, parfois davantage, et dans plusieurs cas nous l'avons vu persister dix-huit et vingt-quatre heures. Puis toujours sans cause appréciable la reprise s'effectue, la température s'élève de nouveau rapidement et le thermomètre marque souvent un degré plus élevé qu'au début.

La reprise de la fièvre ne dure guère en général que douze à vingt-quatre heures et la défervescence vraie survient avec tous les autres phénomènes normaux de la crise : chute de la température et du pouls, diminution et disparition du souffle, râles crépitants de retour, sueurs, herpès labial, augmentation de la quantité d'urine, augmentation des chlorures dans l'urine, etc.

Cette fausse défervescence ne se produit dans la plupart des cas qu'une seule fois vers le cinquième ou le sixième jour, mais quelquefois elle survient deux fois dans le cours d'une même pneumonie, une première fois vers le troisième ou quatrième jour et une seconde vers le cinquième ou sixième. Nous donnons plusieurs observations de ces fausses défervescences répétées, et nous verrons qu'il est souvent très-difficile d'établir le diagnostic entre ces pneumonies anormales et la fièvre intermittente pneumonique.

Les divers auteurs qui ont étudié la pneumonie ont parfois signalé cette particularité sans y attacher d'autre importance que celle d'un fait anormal sans intérêt pratique. Plusieurs autres sont muets sur ce sujet. C'est ainsi

que nous avons recherché vainement dans les traités classiques de Grisolle et de Béhier et Hardy la mention de cette fausse défervescence. Il est vrai de dire que cette irrégularité de la pneumonie ne pouvait guère être connue et étudiée avant qu'on ne fit un usage constant du thermomètre et des tracés graphiques.

Enfin quelques auteurs disent avec Hirtz : « qu'une défervescence complète à un moment de la journée avec retour de la chaleur fébrile indique une pneumonie intermittente » (1), ou encore avec H. Barth : « quand la défervescence est suivie d'un relèvement soudain de la température, il faut s'attendre à une complication telle que méningite, pleurésie purulente ou abcès du poumon. » (2)

Cependant il en est d'autres qui ont appelé l'attention des cliniciens sur ces fausses crises : « Presque dans toutes les formes de la pneumonie considérées dans leur cours, dit Wunderlich, il peut arriver que le cycle thermique régulier soit brusquement interrompu par un abaissement profond contrastant nettement avec l'allure précédente et ultérieure de la température. Cette chute se produit d'ailleurs avec une extrême rapidité et varie de 1°5, jusqu'à 4° et même 5°; la température s'approche plus ou moins de l'état normal, l'atteint fréquemment et la dépasse même quelquefois. Les bas degrés thermiques atteints ne se maintiennent d'ordinaire que pendant un temps très court; aussitôt après la tempéra-

1. Hirtz. Article Chaleur du *Dict. de méd. et de Clin. pratiques*.

2. H. Barth. Article Pneumonie du *Dict. encyc. des sciences médicales*.

ture remonte à son élévation antérieure ou à un degré un peu moins élevé, mais souvent aussi à une hauteur plus considérable. Les abaissements intercurrents ne doivent pas être pris pour un signe de guérison ».

Charvot, dans sa thèse sur la température dans quelques maladies fébriles (1), signale aussi ces rémissions qu'il nomme procritiques et en rapporte plusieurs observations que nous résumons plus loin.

« Dans le cours même d'une inflammation pulmonaire, dit M. Hutinel, on peut observer parfois une véritable chute de la température (2). »

« C'est surtout chez l'enfant, dit M. Lepine, que peuvent survenir des rémissions tellement prononcées que lorsque l'une d'elles survient le matin du quatrième ou du cinquième jour par exemple, on peut croire à une défervescence précoce. — Ce sont des rémissions pseudo-critiques » (3) ».

Le docteur Bertrand, de Toulon, dans un mémoire (4) paru dans la Revue de médecine sur les anomalies du type fébrile dans la pneumonie fibrineuse et son élève le Docteur Pageault dans sa thèse (5), citent plusieurs observations de ces pneumonies qu'ils nomment : pneumonies à poussées successives. Ils s'attachent surtout à montrer la

(1) Charvot, th. Paris 1871.

(2) Hutinel, Des températures basses centrales th. agrég. 1880.

(3) Lepine, article Pneumonie du Dict. de méd. et de chir. pratiques.

(4) Bertrand. Revue de médecine, juillet 89.

(5) Pageault, th. Montpellier 89.

difficulté du diagnostic entre ces pneumonies et celles d'origine palustre.

Mais c'est M. le professeur Jaccoud qui a surtout appelé l'attention sur cette anomalie. Dès 1866, dans sa clinique de la Charité sur la pneumonie il disait. « On observe parfois dans le cours de la pneumonie une fausse défervescence, de la possibilité de laquelle il est bon d'être prévenu afin d'éviter une erreur de pronostic. En dehors de toute action thérapeutique, sans phénomène pathologique insolite, le thermomètre se met à baisser, et cette chute comme celle de la défervescence vraie dépasse de beaucoup les remissions quotidiennes des jours précédents. Les choses vont ainsi pendant quelques heures, dix à douze en général, puis la température se relève au niveau primitif, si même elle ne le dépasse. *Il est à remarquer que cette défervescence illusoire ou fausse crise n'est accompagnée d'aucune amélioration dans l'état du malade* (1).

Le 14 mai 1887 M. Jaccoud consacrait sa leçon clinique à l'étude des pneumonies à fausses crises qu'il appelle des pneumonies à reprises. Il en a observé trois cas en dix-huit mois dans son service de la Pitié. Rien de plus clair et de plus complet à la fois que cette magistrale description que nous reproduisons en grande partie :

« Ce sont, dit-il, des pneumonies anormales et l'anomalie consiste en ce que l'évolution, au lieu d'être continue et d'une seule traite, se fait en deux, quelquefois en trois

(1) Jaccoud. Clinique de la Charité.

étapes avec des intervalles d'apyrexie. Toutefois, la durée totale de la maladie reste la même.

Le début est celui de la pneumonie franche, les symptômes généraux et locaux sont tout-à-fait normaux et les choses vont ainsi en progressant pendant trois, quatre, cinq et six jours, puis survient une défervescence complète avec tout l'ensemble des phénomènes éritiques; l'apyrexie et l'euphorie durent vingt-quatre, trente-six ou quarante-huit heures; puis la fièvre reprend et s'élève rapidement aux chiffres du début. *Pendant l'apyrexie la lésion ne reste pas stationnaire, elle progresse.*

J'ajoute, pour prévenir l'équivoque que la reprise n'est point associée à une extension ou à un déplacement de la lésion; celle-ci suit son cours dans le foyer où elle est tout d'abord apparue et elle n'en dépasse pas les limites » (1).

Ainsi cessation brusque de l'apyrexie au milieu d'une pneumonie normale, tel est le fait essentiel. Ce n'est donc point la cessation de la maladie, ce n'est point comme le dit le docteur Bertrand une pneumonie à poussées successives; M. Jaccoud a bien soin de faire remarquer que la lésion persiste au même point, qu'elle ne reste pas stationnaire, mais qu'elle progresse.

Nous avons pu réunir vingt-sept observations de fausse défervescence dans la pneumonie franche, les unes ont été prises dans le service de M. Hutinel aux Enfants-assistés ou aux Enfants-malades et n'ont pas été

(1) Jaccoud. Clinique de la Pitié 1887.

publiées, d'autres que nous résumerons ont déjà paru dans divers travaux.

Au milieu de chaque observation, nous avons voulu placer le tracé graphique de la température, afin qu'il soit facile de se rendre compte d'un seul coup d'œil de l'anomalie sur laquelle nous voulons attirer l'attention.

II

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

Recueillie aux Enfants-Assistés.

Le nommé Vermeiren Charles, âgé de neuf ans, entre le 27 février 1892, à l'hôpital avec une fièvre intense, 40°2, du délire, des vomissements bilieux, des épistaxis. Il se plaint d'une douleur dans le ventre, si bien qu'on pourrait d'abord supposer qu'il s'agit d'une fièvre typhoïde, car on ne perçoit aucun signe anormal dans la poitrine, ni dans la gorge. Mais la température restant très-élevée le lendemain et le surlendemain sans rémissions matinales, de plus le 29, une éruption d'herpès étant survenue sur les lèvres, M. Hutinel porte le diagnostic de pneumonie centrale, malgré l'absence de signes locaux évidents.

Le 1^{er} mars, toujours aucun signe stéthoscopique, toutefois la respiration est plus faible, plus voilée, surtout au niveau de l'aisselle droite. T. 40°6 et pouls 140.

Ce n'est que le 2 mars qu'on peut percevoir un léger souffle et quelques râles crépitants fins au niveau du sommet droit, surtout en avant et dans l'aisselle.

La température et le pouls descendent depuis le 29 février régulièrement d'un demi-degré par jour et le 3 mars la température est 38°8 et le pouls à 100.

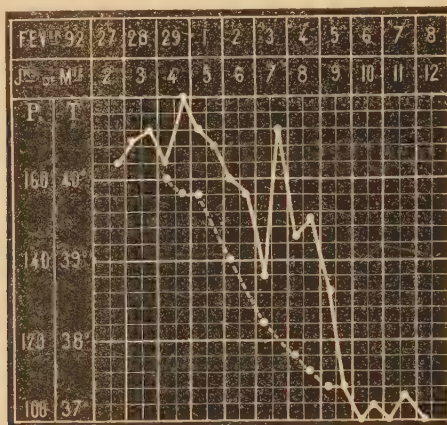


Fig. I.

Le soir du même jour le *pouls continue à descendre*, mais la température remonte à 40°6. Elle redescend le 4 mars, atteint la normale le 5 et ne la quitte plus. Les symptômes stéthoscopiques (souffle et râles), devenus très-nets le 3 et le 4 mars, s'amendent peu à peu et l'enfant sort guéri le 10 du même mois.

Dans le cours de cette pneumonie on fit plusieurs fois l'analyse de l'urine au point de vue des chlorures :

Le 1^{er} mars, alors que le pouls et la température étaient à leur maximum, on trouve :

Quantité d'urine en 24 h. 274^{cmc}.

Quantité de chlorures par litre. 1^{gr}. 20

Le 2 mars.

Quantité d'urine. 280

Chlorure. 1^{gr}. 20

Le 3 mars.

Quantité d'urine.	300 ^{mc} .
Chlorure.	2 ^{gr} . 66
Enfin le 4 mars.	
Quantité d'urine.	438 ^{mc} .
Chlorures.	4 ^{gr} . 50

Réflexions. — Nous avons mis cette observation en tête des autres, parce qu'elle présente plusieurs points intéressants :

1° L'absence complète de signes locaux pendant les quatre premiers jours de la pneumonie, car à part la haute température qui se maintenait en plateau et la présence d'une éruption d'herpès aux lèvres, rien ne permettait de porter un diagnostic précis.

2° La douleur ressentie dans l'abdomen par l'enfant. Il est un fait très-important dans la médecine infantile que nous avons maintes fois entendu répéter par nos maîtres : les enfants ne savent pas préciser le siège de la douleur ; se plaignent-ils du ventre il faut immédiatement penser à la poitrine et rechercher s'il n'existe pas une pleurésie ou une pneumonie qui pourraient expliquer cette douleur.

3° Autre fait important, cette observation montre clairement que dans les fausses défervescences le pouls ne suit pas toujours la température et que bien souvent il est meilleur guide qu'elle pour le pronostic.

4° Enfin les analyses d'urine qui ont été pratiquées montrent clairement d'abord qu'il n'y a pas dans les fausses défervescences une émission critique d'urine comme dans les vraies crises, et ensuite que les chlorures n'augmentent pas rapidement comme dans celles-ci.

OBSERVATION II.

Recueillie aux Enfants-Assistés.

Le nommé Bouet Henry, âgé de 10 ans, entre à l'hôpital le 31 mai 1891. Il est malade depuis la veille et présente une température élevée qui s'accroît encore le lendemain 1^{er} juin et arrive à 41°.

L'enfant est prostré, sa langue blanchâtre et il a plusieurs fois des vomissements bilieux. Diarrhée légère. On ne constate rien à l'auscultation des poumons et du cœur. Rien à la gorge.

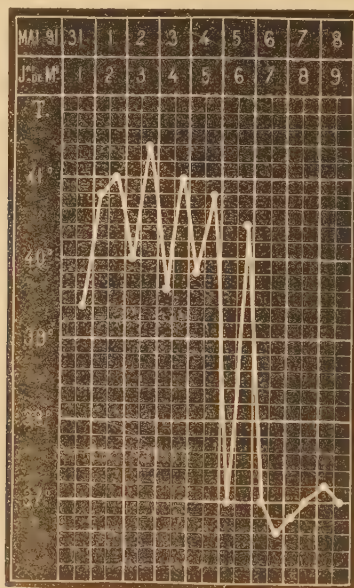


Fig. 11.

Le 2 juin, la température reste très-élevée 40° le matin et 41°,4 le soir ; l'enfant a du délire.

Enfin le 3 juin on perçoit un souffle tubaire au sommet du poumon droit et quelques râles crépitants fins.

Le diagnostic pneumonie aiguë est porté. Le 3 et le 4 la température oscille entre 40° et 41°.

Puis le 5 au matin, c'est-à-dire le sixième jour de la maladie, la température tombe brusquement à la normale, c'est-à-dire près de quatre degrés plus bas que la veille au soir. Mais la fièvre qu'était tombée si rapidement reparaît avec la même brusquerie au bout de quelques heures et le soir du 5 juin le thermomètre placé dans l'aisselle manquait 40°,5. Le lendemain 6 juin la défervescence définitive se produit et la guérison s'achève sans complication.

OBSERVATION III.

Recueillie aux Enfants-Assistés.

La nommée Ismeur Albertine, née le 15 février 1886, est envoyée de l'asile de Thiais à l'hospice des Enfants-Assistés, le 16 août 1891. Elle est malade depuis le 13; elle a présenté paraît-il, pendant deux jours, une légère éruption sur laquelle il est difficile de se prononcer. La température est très-élevée 40° le matin et 40°,5 le soir.

Le 17 août on ne trouve plus aucune trace de l'éruption, mais en auscultant on trouve du côté droit un souffle presque tubaire dans toute l'étendue du poumon et quand on fait tousser l'enfant, une bouffée de râles crépitants fins éclate sous l'oreille. A la percussion, légère matité au niveau du sommet droit.

La petite malade est anxieuse, dyspnéique, les ailes du nez battent. Sa température est à 40°, son pouls très-fréquent.

Le diagnostic de pneumonie lobaire aigue s'impose.

Le 18 août, à 8 heures du matin, la température est tombée à 37°,5, l'enfant a cependant toujours de la dyspnée et l'état local reste le même. Le soir du même jour, à 6 heures, le thermomètre marque de nouveau 40°8.

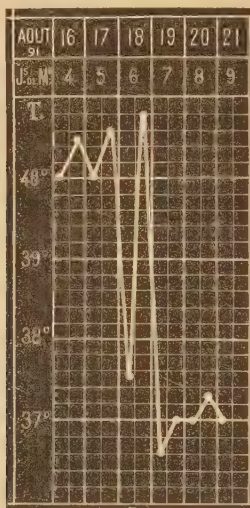


Fig. III.

Le lendemain 19, la défervescence vraie a lieu et la température tombe au-dessous de la normale pour ne plus se relever.

Réflexions. — Il est difficile de trouver deux exemples aussi frappants de fausse défervescence. Ainsi prenons le dernier : c'est le type le plus marqué qu'on puisse rêver. Voilà une pneumonie lobaire qui paraît normale à tous les points de vue. Bien qu'on n'ait vu l'enfant à l'hôpital qu'au cours de sa maladie, on sait cependant, d'après les renseignements fournis par l'asile de Thiais,

qu'elle était malade depuis trois jours et que sa température était très élevée. Elle entre donc aux Enfants-Assistés au quatrième jour de sa pneumonie ; le plateau classique de la température se maintient à 40° ou un peu au-dessus. Puis, dans la nuit du 5 au 6^e jour, chute brusque de la température à trois degrés au-dessous de ce qu'elle était la veille. On pourrait donc croire à la terminaison du cycle morbide. Toutefois, la dyspnée est toujours très marquée : l'état local se maintient et le soir même, dix heures après la fausse défervescence, la température remonte à 40°7, c'est-à-dire à un degré plus élevé qu'elle n'ait jamais été.

Voilà qui paraîtra singulier : d'abord ce ne sont pas les médicaments sur le compte desquels il faut mettre cette chute de la température : M. Hutinel ayant depuis longtemps constaté que les pneumonies franches aiguës guérissaient toujours chez les enfants, s'abstient avec juste raison de toute médication énergique. Ce n'est point assurément une nouvelle poussée de pneumonie qui pour sa période de début, sa période d'état et sa crise aurait une durée de vingt-quatre heures à peine.

Cette constatation des fausses défervescences viendrait au contraire à l'appui de cette théorie que la découverte du pneumocoque faisait déjà prévoir, à savoir que la pneumonie ne résulte pas d'une lésion purement locale, mais qu'elle est une affection générale à manifestation localisée sur le parenchyme pulmonaire.

Quelle que soit l'explication qu'on puisse en donner et nous n'en donnerons aucune, l'autorité et l'expérience

nous faisant défaut, ce qu'on ne peut nier c'est le fait en lui-même : en trente-six heures un pneumonique au sixième jour passe de 40° 6 à 37° 5 puis à 40° 8 et enfin 36°, 6.

OBSERVATION IV.

Recueillie aux Enfants-Assistés.

Le nommé Adancourt Emile, né le 10 juillet 1805, entre à l'hôpital le 27 avril 1891. Il est malade depuis trois jours, pas d'autres renseignements sur le début de la maladie.

A son entrée on le trouve dans un état de prostration marqué, il a une fièvre intense 40° et au-dessus.

Il ne présente rien à la gorge. Sa respiration est anxieuse et rapide. Il se plaint d'un point de côté à droite. A l'auscultation léger souffle au sommet droit.

Le 28 apparaît une éruption d'herpès à la lèvre supérieure ; la dyspnée est toujours très marquée. Le souffle constaté la veille s'accroît et prend un timbre plus rude. La température se maintient très élevée, 40°, 6. Le diagnostic de pneumonie aiguë du sommet droit est porté.

Le 29, le souffle est nettement tubaire et on perçoit quelques râles fins. Température au-dessus de 40°.

Dans la nuit du 29 au 30 avril, chute brusque de la température à 37° 4 : *les signes stéthoscopiques persistent* au sommet. On trouve des traces d'albumine dans l'urine.

Le 30 à 5 heures du soir, la température remonte et atteint 39°. Elle se maintient à ce degré le lendemain matin 1^{er} mai. On constate toujours du souffle et des râles crépitants fins abondants au sommet droit. Matité sous la clavicule droite.

L'enfant est pâle, il tousse fréquemment. Rien aux bases, pas de pleurésie.

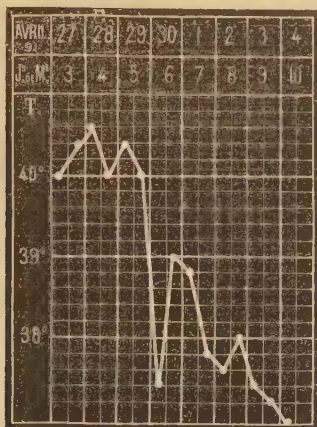


Fig. IV.

Le soir du même jour la température baisse de nouveau et la résolution s'effectue petit à petit pendant les jours suivants.

Le 7 mai on ne trouve plus rien à l'auscultation.

OBSERVATION V.

Recueillie aux Enfants-Malades. Service de M. le professeur Grancher.

Le nommé Chaillée Victor, âgé de 9 ans et demi, entre le 3 février 1890 aux Enfants-Malades, salle Bonchut. Il a eu la rougeole à 5 ans et demi et la varicelle dans la même année.

Depuis cinq à six jours l'enfant tousse et il y a trois jours

il a été pris d'un fort accès de fièvre accompagnée de frisson et de délire.

Il a de la céphalalgie, a perdu l'appétit depuis huit jours, est amaigri et n'a pas de diarrhée. Depuis deux jours il se plaint d'un point de côté à droite. Quand on l'examine on le trouve couché dans le décubitus latéral droit, il est pâle et paraît abattu, mais il répond néanmoins facilement aux questions qu'on lui pose.

La bouche est sèche, la soif vive, la langue est blanchâtre au centre et rouge sur les bords. Il a une petite toux sèche fréquente.

L'exploration des poumons révèle des râles fins du côté droit et des râles sibilants disséminés des deux côtés.

Rien au cœur : pas d'albumine. Temp. 40°,1. On diagnostique une pneumonie.

Le 4 février, les signes stéthoscopiques persistent. T. 39°,2 le matin et 40° le soir. Traitement : cataplasmes sinapisés. Julep avec 20 gr. de sirop diacode. Régime lacté.

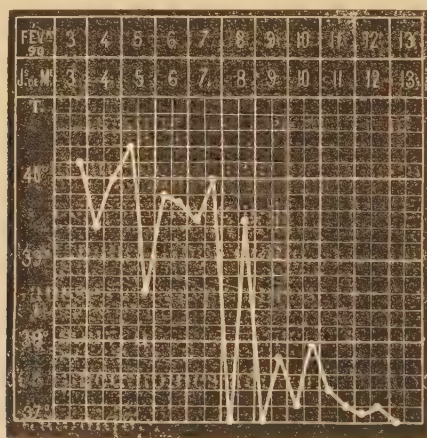


Fig. V.

Le 5 février, souffle tubaire à droite et toujours des râles ;

augmentation des vibrations thoraciques et matité à droite. Pouls 152 et Temp. 40°, 4. On donne 0,40 ctg. de sulfate de quinine.

Le 6 février le souffle persiste à la base du poumon droit. T. 39°, 8. P. 140.

Le 7 même état, T. 39°, 5 le matin et 40° le soir P. 130.

Le 8. Chute brusque de la température qui de 40° tombe à 37°, le pouls est à 115. *Les râles sont toujours très-nets*, le souffle est moins marqué.

Le soir du même jour la température remonte à 39° 5.

Le 9 la température retombe de nouveau à la normale, les râles crépitants et le souffle disparaissent. Il reste encore quelques râles de bronchites.

Le 11 et les jours suivants la guérison s'achève.

OBSERVATION VI.

Recueillie aux Enfants-Assistés.

Albert Vigier, âgé de huit ans, entre le 30 mai 1891 à l'hô-

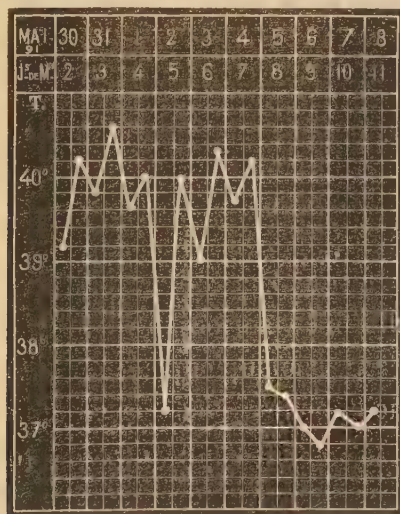


Fig. VI.

pital pour une pneumonie de la base du poumon gauche. Souffle tubaire et râles crépitants très-nets.

La température oscille autour de 40° . Tout paraît normal quand le matin du 2 juin, c'est-à-dire environ le cinquième jour de la maladie, la température tombe brusquement de 40° à $37^{\circ},2$ et remonte le soir même à 40° où elle se maintient pendant deux jours encore et tombe définitivement le 6 mai.

Durant toute la maladie les signes locaux du début ont suivi une marche régulière.

OBSERVATION VII.

Recueillie aux Enfants-Malades.

Le nommé Siéffert Basile, âgé de 14 ans, entre salle Bonchut le 3 août 1891. Samedi soir 1^{er} août il a été atteint de cephalalgie et d'inappétence ; le dimanche il a de la fièvre et une toux qui l'empêche de dormir.

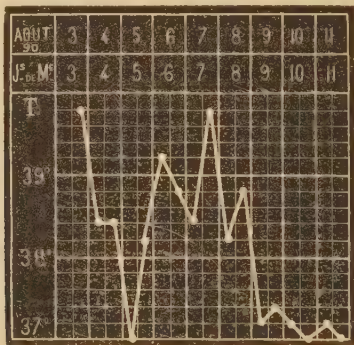


Fig. VII.

Le 3 août le même état persiste, il entre à l'hôpital. Le 4 on constate à l'auscultation un foyer de râles crépitants dans

l'aisselle droite. A ce niveau il y a encore du souffle et de la matité.

La température qui était de 39°,7 la veille, tombe à 38° et descend le lendemain à la normale, mais le 6 elle remonte et dans la nuit l'enfant est pris d'un accès de suffocation assez violent.

Les signes stéthoscopiques du début persistent, dans les fosses sus et sous épineuses et dans l'aisselle droite, râles crépitants fins avec bronchophonie.

Quelques râles sibilants à gauche. Dyspnée très-marquée. Le 7 la température est à 39°,8 le soir.

Le 8 août mêmes signes locaux ; léger souffle en jet de vapeur à la pointe au premier temps.

Le 9 la température revient à la normale et ne la quitte plus, le malade guérit.

Réflexions. — Dans cette observation la fausse défervescence est moins brusque que dans les autres cas, elle met deux jours entiers pour s'accomplir et, fait important, les signes locaux de la pneumonie persistent toujours malgré l'absence de température. Elle remonte également lentement, aussi le diagnostic était-il difficile dans ce cas et la tuberculose était à redouter ; la marche de la maladie vint bientôt éloigner cette idée.

OBSERVATION VIII.

Recueillie aux Enfants-Malades.

La nommée Jussy Marguerite, âgée de 4 ans, entre salle Parrot le 16 mai 92. Depuis trois jours l'enfant se plaint de maux de tête, elle a changé de caractère, est devenue triste

et grognon. Elle mâchonne continuellement depuis deux jours, se plaint aussi du ventre et a eu plusieurs vomissements bilieux. Pas d'appétit, on a purgé l'enfant avec de l'huile de ricin et depuis elle a un peu de diarrhée. Elle a une forte fièvre depuis ces trois jours.

Le 17 mai, on l'examine à l'hôpital, elle présente quelques symptômes qui pourraient faire penser à une méningite : une vive douleur de tête, de la raideur de la nuque, un aspect abattu tout spécial. Mais de plus elle est très-oppresée, sa température est élevée, 39°,5, son pouls est à 130. Traces d'albumine dans l'urine.

En auscultant la poitrine on trouve un foyer soufflant et des râles crépitants au niveau de la fosse sus-épineuse droite et dans l'aisselle du même côté.

Il s'agit donc d'une pneumonie du sommet droit.

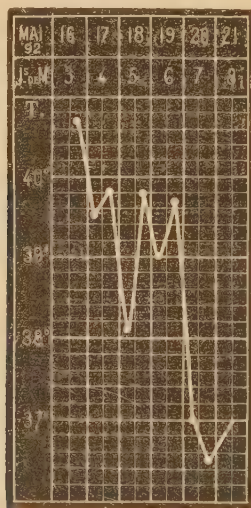


Fig. VIII.

Le 18 mai, la température baisse de 2 degrés et cependant le souffle persiste ainsi que les râles et l'enfant est toujours

oppressée. Le pouls est du reste encore très-rapide. il bat 126 pulsation. Le soir du même jour la température remonte à 39°8.

Le 19, même état local ; toux pénible et quinteuse ; submatité à la base droite ; le souffle et les râles persistent, T. 39°,7.

Le 20 la crise s'opère d'une façon régulière.

OBSERVATION IX.

Recueillie aux Enfants-Assistés.

Le nommé Laurence Maurice, âgé de neuf ans, entre à l'hôpital le 6 mars 1892 dans la soirée.

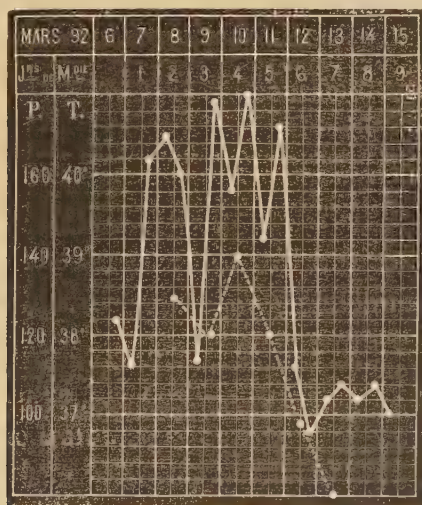


Fig. IX.

Le 7 au matin il est presque sans fièvre et paraît seulement

fatigué, mais le soir il est pris de frisson et sa température monte brusquement à 40°1.

Le 8 mars on l'examine, on ne trouve pas trace d'éruptions, ni de rougeur dans la gorge ; mais on perçoit un léger souffle à la partie moyenne du poumon gauche en arrière. Le diagnostic de pneumonie aiguë est porté.

Le 9 en effet on constate à la partie moyenne du poumon, une bouffée de râles crépitants fins et un souffle tubaire. *Mais en même temps qu'on constate ces signes très nets de pneumonie on trouve que le thermomètre ne marque que plus que 37,°8 si bien qu'à s'en tenir à ce seul signe on pourrait croire à la défervescence critique ; mais tous les autres symptômes de la crise font défaut et le pouls en particulier continue à marquer 120 pulsations à la minute.*

Le même jour la température prise à 7 heures du soir était remontée à 40°5 et la pneumonie reprenait son cours normal.

Le 10 mars les râles augmentaient et le souffle était plus intense. La fièvre restait élevée 39°8 le matin et 41° le soir, le pouls était à 140. Les urines rouges foncées avec un dépôt sédimentaire abondant.

Le 11, l'enfant paraît moins abattu, sa langue très sèche la veille est devenue plus humide, néanmoins la fièvre est toujours forte T. m. 39°,2 et s. 40°6 ; P. 120. Enfin le 12 mars, c'est-à-dire le sixième jour après le frisson initial la défervescence vraie s'effectue, la température tombe à 37° 6 puis à 36°9 le soir, le pouls est à 90.

Le 13 la résolution de l'état local s'effectue on n'entend plus de râles mais encore un léger souffle.

Plus de fièvre pouls à 80.

Voici quelle a été la marche des urines et la quantité de chlorures chez ce pneumonique.

Le 8 mars avant la fausse défervescence la quantité d'urine n'a pu être toute recueillie, l'enfant ayant uriné au lit,

toutefois elle ne devait guère dépasser 350 grammes. La quantité de chlorures était de 1 gr. 5.

Le 9, jour de la fausse défervescence.

Quantité d'urine.	350 gr.
Quantité de chlorure par litre.	1 gr. 20

Le 10 mars.

Urine.	480 gr.
Chlorures.	2gr. 10

Le 12 mars.

Urine.	610 gr.
Chlorures.	5 gr.

Réflexions. — Cette observation est une des plus intéressantes que nous ayons ; nous avons eu d'abord sous les yeux le début de la maladie (frisson violent unique, etc.). Il est assez rare que dans les hôpitaux on puisse assister au début d'une maladie aiguë, les malades n'entrant le plus souvent qu'au troisième ou quatrième jour de leur maladie. Un des avantages des Enfants-Assistés est au contraire de pouvoir assister à la période initiale des diverses fièvres.

Cette observation montre en outre que malgré la défervescence du troisième jour :

1° Les symptômes locaux ne se sont point amendés, mais ont continué leur évolution.

2° Le pouls n'a pas eu une chute analogue à celle de la température, puisqu'il marquait encore 120 pulsations alors que celle-ci n'était qu'à 37°,8.

3° Enfin la quantité des urines n'a pas augmenté pendant la fausse crise comme elle le fait dans la vraie et la quantité des chlorures n'a également pas augmenté.

Toutes les observations que nous avons relatées jusqu'à présent ont rapport à des pneumonies de l'enfant, on pourrait croire que l'irrégularité sur laquelle nous insistons est spéciale à l'enfance. Nous croyons en effet avec M. Lépine que les fausses défervescences sont plus fréquentes chez l'enfant, c'est peut-être parce que nous avons suivi plus spécialement les hôpitaux d'enfants, mais les observations qui suivent montrent que le fait peut aussi bien se produire chez l'adulte.

OBSERVATION X.

(Thèse Charvot).

Le nommé Voiturier, âge de 49 ans entré à l'hôpital le

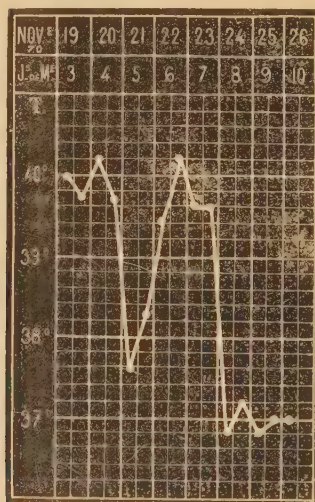


Fig. X.

19 novembre 1870 au troisième jour d'une pneumonie qui a débuté par un frisson violent, unique, suivi de chaleur, point de côté, fièvre céphalalgie, dyspnée, crachats sanguinolents. A son entrée fièvre intense, température 40° ; pouls 108. Dyspnée, crachats, visqueux et sanglants, signes locaux : matité, souffle tubaire, râles crépitants.

Le lendemain (4^e jour de la maladie), température 40° 1 pouls 112, urine rares et jours. Le soir T. 39°6, P. 100. Le 5^e jour défervescence, sueurs abondantes température 37° 5, pouls 80.

Mais le lendemain la fièvre reparaît très violente. T 40° 1 et pouls 108. Elle continue le septième jour et ce n'est que dans la nuit du septième au huitième jour que s'opère la crise définitive avec sueurs abondantes, chute de la température et du pouls.

OBSERVATION XI.

(*Thèse Charvot*).

Un ouvrier âgé de 23 ans, entré depuis six jours à l'hôpital où on le traitait pour du délire aigu, ne présentait du côté de la poitrine que quelques râles de bronchite et n'avait pas trace de fièvre. Quand le 8 mai 1870 il est atteint de pneumonie.

A dix heures du matin point de côté à gauche, à une heure du soir frisson suivi de chaleur, céphalalgie, nausées, soif vive, langue sèche et chargée. T. 37°9. Le lendemain dyspnée, toux, crachats visqueux et sanguinolents ; dans la fosse sous-épineuse gauche, submatité, souffle tubaire, râles crépitants, fièvre intense. Température 39°4 et pouls

100. Le 3^e jour, l'état local reste le même. Température matin 38, soir 39, pouls 92.

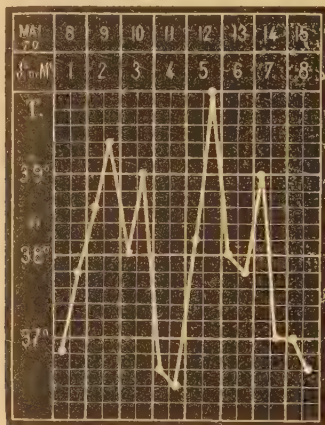


Fig. XI.

4^e jour. La température tombe brusquement à 36° 5 et le pouls à 60, les phénomènes pulmonaires restent les mêmes.

5^e jour. La température remonte à 40° le pouls à 100.

7^e jour. La fièvre commence à céder le matin, mais ce n'est que dans la nuit du septième au huitième jour que s'opère la défervescence définitive.

OBSERVATION XII.

(Thèse Charvot).

La courbe n° XII est donnée dans la thèse de M. Charvot, l'observation du malade n'est point relatée, mais la graphique de la température n'en est pas moins fort intéressante

pour nous. Il s'agit d'une pneumonie régulière pendant les cinq premiers jours,

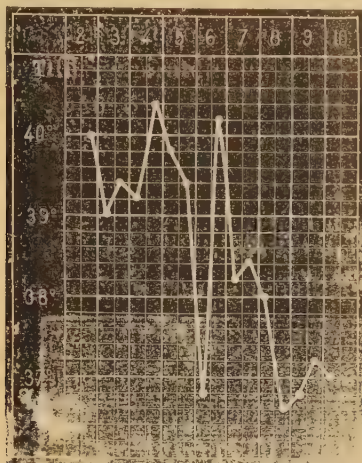


Fig. XII.

Le matin du sixième jour une chute brusque se produit de 39°,5 à 36°8, mais le soir même la température remonte à 40°,2 pour baisser le lendemain d'une façon normale.

OBSERVATION XIII.

(*Docteur Bertrand de Toulon*).

Mass... 20 ans, entre à l'hôpital le 26 mai 1886 ; malade depuis trois ou quatre jours, il accuse de la courbature et se plaint de n'avoir pas d'appétit. Toux, crachats rouillés, matité, exagération des vibrations thoraciques, expiration légèrement soufflante dans la fosse sus-épineuse droite. Temp. 39°,3.

27 mai. Le malade se sent beaucoup mieux ; les crachats sont moins colorés. *Quoique les signes physiques ne se soient pas sensiblement modifiés*, je considère le processus pneumonique comme terminé, vu la chute de la fièvre, T. m. 37°,7 et 37°,2.

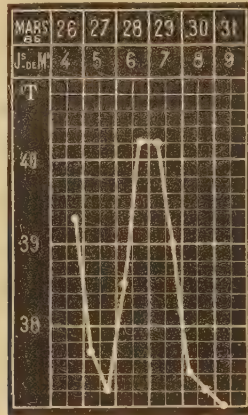


Fig. XIII.

28 mai. La nuit a été mauvaise, une dyspnée très-forte est survenue qui a nécessité l'application de ventouses. Céphalalgie, crachats rouillés, mêmes signes physiques.

T. m. 38°,5 et s. 40°,2.

29 mai. T. m. 40°,2 et s. 39°.

30 mai. T. m. 37°,4 et s. 37°,3.

Le malade est bien. Pas de fièvre les jours suivants.

OBSERVATION XIV.

(Docteur Bertrand).

Bouch.... 25 ans, est pris le 3 mars 1889 d'un frisson violent et d'un point de côté à droite. T. 40°,6.

Le 4 mars : dyspnée intense, point de côté persistant, toux fréquente, expectoration rouillée, pommette droite colorée, langue saburrale. Matité avec exagération des vibrations thoraciques au sommet droit en arrière. Râles crépitants et léger souffle expiratoire dans l'aisselle droite.

T. m. $39^{\circ},8$ et s. $40^{\circ},5$.

Le 5 mars la dyspnée a cessé et le point de côté a disparu, la température est tombée à $37^{\circ},5$, mais *les signes stéthoscopiques n'ont pas changé*. Le soir même la température remonte à $40^{\circ},9$.

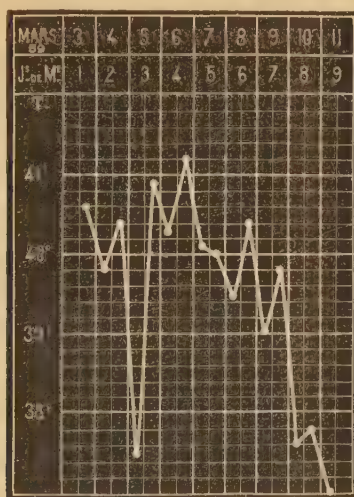


Fig. XIV.

Le 6 mars. Dyspnée: Submatité sous la clavicule droite, souffle au sommet droit en arrière, rudesse respiratoire en avant.

T. m. $40^{\circ},3$ et soir $41^{\circ},2$.

Le 7 mars. Souffle et pectoriloquie aphone au sommet droit. Matité. T. m. $40^{\circ},1$, S. 40.

Le 8 mars. Délire. Mêmes signes stethoscopiques T. 39°,5 et s. 40°,5.

Le 9. Matité absolue sous la clavicule droite, souffle très-intense avec des râles ronflants et sibilants. T. m. 39°, s. 39°,8.

Le 10°. Râles crépitants de retour. T. m. 37°,6 et s. 37°,7.

Le 11. T. 37°. La guérison commence et se poursuit sans incidents.

OBSERVATION XV.

(Clinique Jaccoud, 186-88).

Homme de 33 ans raffineur, entre salle Jenner le 2 février 1887. A son arrivée, il était au quatrième jour d'une pneumonie gauche. La défervescence eut lieu la nuit qui suivit son entrée, si bien que la température qui la veille au était soir, de 39°4, était tombée le matin du 5^e jour à 36°8.

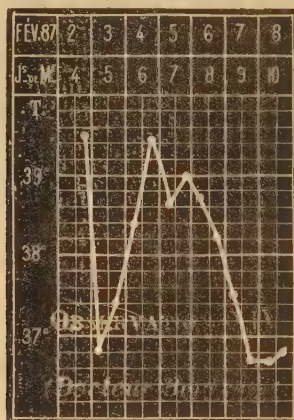


Fig. XV.

Le foyer pneumonique ne présenta d'ailleurs aucune mo-

dification et la reprise eut lieu le jour suivant ; le matin le thermomètre marquait déjà 38°5, le soir il était à 39°4 et la fièvre persista ainsi jusqu'au huitième jour ; dans la nuit du huitième au neuvième jour, défervescence définitive à 37°,2 avec commencement de résolution,

OBSERVATION XVI

(Clinique Jaccoud, 86-88)

Jeune homme de 25 ans arrive à l'hôpital le 8 mai 1886 avec une pneumonie au troisième jour, T. 40°5.

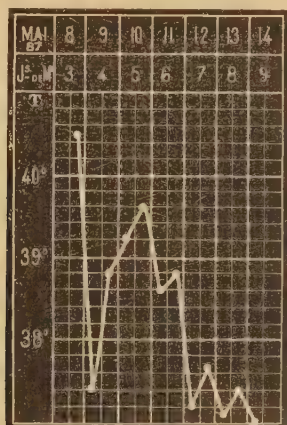


Fig. XVI.

Le lendemain, quatrième jour, défervescence brusque 37°4, sans changement dans l'état local. L'apyrexie reste très-courte, à peine douze heures, dès le soir la température était remontée à 38°8, le lendemain elle dépassait 39° et la chute définitive n'eut lieu que le septième jour avec résolution rapide.

OBSERVATION XVII.

(Docteur Fiessinger) (1).

Bouvar...., ouvrier de 47 ans, tombe malade le 12 décembre 1888, frisson léger, mal de tête. Pas de mal de gorge ni de diarrhée. Légère douleur dans le côté droit.

14 décembre, T. 40, p., 116.

Submatité à la percussion ; à l'auscultation râles crépitants et respiration soufflée dans la région axillaire droite.

15 décembre, T. m. 38°4 et s. 39°18, P. m. 80 et s. 98. Le malade a moins toussé, les signes pulmonaires persistent.

16 décembre, T. m. 38°6 et s. 37°4, P. 80 et 76.

Disparition de la respiration soufflée et des râles crépitants. Quelques râles ronflants. Guérison.

OBSERVATION XVIII

(Docteur Fiessinger).

Col... R... âgé de 26 ans, dans la nuit du 26 décembre 1888, a des frissons répétés pendant trois heures et des vomissements alimentaires. Toux sèche, douleur dans les reins. Point de côté sous le sein gauche.

1. Cette observation et quelques autres qui suivront sont tirées d'une mémoire très intéressante du docteur Fiessinger, intitulé : La Pneumonie à Oyonnax. Paris, 1891.

27 décembre. T. m. 39°,6, et s. 38°,8. P. 104 et s. 96. Vers le soir le point de côté est moins douloureux. Sueurs.

28 décembre. T. m. 40°,8 et s. 40°,8 P. m. 104 et s. 116. Submatité, respiration soufflée à la partie moyenne du poumon gauche. Râles crépitants pendant les quintes de toux. Crachats jus de pruneaux.

29 décembre. T. m. 40°,4 et s. 40°,6. P. m. 106 et s. 116. Le point de côté est très-douloureux. Deux selles diarrhéiques.

30 décembre. T. m. 40°,2 et s. 39°,8, P. m. 106 et s. 192. Point de côté très-douloureux. Délire.

31 décembre. T. m. 40°,4 et s. 40°,2. P. m. 94 et s. 94. Le délire a disparu. Râles crépitants et respiration soufflée à toute la partie inférieure et moyenne du poumon gauche. Deux selles diarrhéiques.

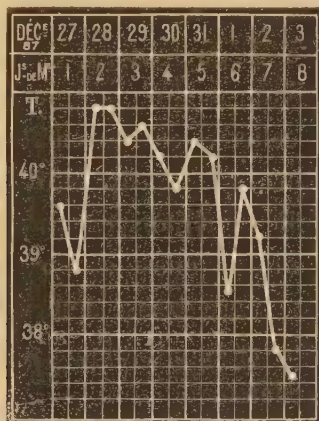


Fig. XVII.

1^{er} janvier. T. m. 38°,5 et s. 39°,8. P. m. 72 et s. 82. Trois selles diarrhéiques.

2 janvier. T. m. 39°,2 et s. 37°,8. P. 74 et s. 60. Plus de diarrhée. Sueurs, délire léger la nuit.

3 janvier. T. m. 37°,5. P. 56.

La résolution s'opère trois jours plus tard le 6, janvier 1888.

Dans cette observation il y a donc eu une fausse défervescence le matin du 1^{er} janvier, c'est-à-dire le 6^e jour de la maladie, défervescence d'environ 2 degrés, le soir même la température remontait à près de 40° et le lendemain la vraie crise s'opérait.

PNEUMONIES A PLUSIEURS FAUSSES DÉFERVESCENCES

Dans toutes les observations que nous venons de rapporter, nous avons constaté l'existence d'une fausse défervescence survenant en général du quatrième au sixième jour. Cette irrégularité peut se présenter deux fois dans le cours d'une même pneumonie et nous pourrions répéter pour celles-ci ce que nous avons dit pour les autres : chute brusque et rapide de la température sans qu'aucune explication dans les symptômes physiques ou dans la thérapeutique puisse en être donnée.

Dans ce cas la première fausse défervescence survient en général du troisième au cinquième jour et la seconde du cinquième au sixième.

Le plus souvent, entre chaque fausse défervescence, la température ne se maintient élevée que pendant vingt-quatre heures. Sur les six observations que nous allons rapporter, dans cinq cas la deuxième chute de la température eut lieu le surlendemain du jour de la première. Dans l'autre cas il y eut deux jours d'intervalle.

OBSERVATION XIX.

Recueillie aux Enfants-Malades.

Jacquimet Paul, âgé de 7 ans, entre salle Bouchut aux Enfants-Malades le 27 avril 1891. Il a eu la rougeole, la varicelle et la scarlatine suivie d'albuminurie ; il est resté sept semaines à l'hôpital pour cette dernière maladie.

Il y a quatre jours, l'enfant s'est plaint de la gorge et de la tête et en même temps d'un point de côté assez violent à droite. Le soir il a eu des vomissements et n'a pu dormir de a nuit. Il paraissait déjà avoir beaucoup de fièvre. Pas de

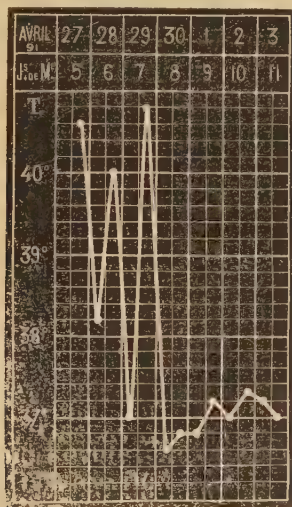


Fig. XVIII.

frisson. Depuis cette époque l'enfant est dans le même état maux de tête, fièvre, nausées, perte complète d'appétit, in-

somnies. Il tousse beaucoup. Pas de constipation. Quand on l'examine à son entrée à l'hôpital on constate qu'il se plaint d'un point de côté à droite au-dessous du mamelon. En arrière et à droite au tiers moyen du poumon : submatité et diminution de la respiration. Pas de bronchophonie appréciable.

Dans l'aisselle, tout à fait au sommet, quelques râles crépitants à timbre un peu humide et respiration un peu soufflante. En avant, au tiers supérieur du poumon, respiration affaiblie et quelques râles crépitant fins. L'ampliation thoracique est diminuée du côté droit pendant la respiration. T. 40°,6. Battement des ailes de nez. Groupe de vésicules d'herpès au-dessous de la narine gauche et un autre groupe sur l'os malaire. On diagnostique une pneumonie.

Le 28 avril, *même état local*, mais la température tombe le matin à 38°2 pour remonter le même soir à 40°. Le 29 avril au matin, nouvelle chute de la température : de 40° elle tombe à 38°. On constate encore ce jour-là dans l'aisselle de la submatité, du souffle et des râles fins.

Le 30, chute brusque définitive à 36°,8 et la convalescence survient sans encombre.

OBSERVATION XX.

(Thèse Chauvot).

Un journalier âgé de 30 ans entre à l'hôpital le 11 janvier 1870, au troisième jour d'une pneumonie qui a débuté, après quelques jours de malaise, par un frisson suivi de chaleur, de point de côté et de dyspnée.

A son entrée on note une fièvre intense 40°,6 un pouls irrégulier à 116, une langue blanchâtre, soif vive, anorexie,

constipation. On ne trouve rien dans la poitrine. Le 4^e jour, apparition de râles crépitants dans la fosse sous-épineuse gauche. température 39°,8.

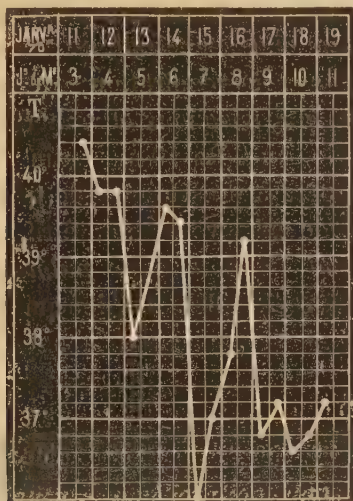


Fig. XIX.

Le cinquième jour, première défervescence. Température 38°.

Le sixième jour la température remonte à 39°,6 et dans la matinée du 7^{me} jour elle retombe à 36° pour remonter de nouveau le lendemain à 39° et enfin la défervescence totale a lieu le neuvième jour.

OBSERVATION XXI.

(Clinique Jaccoud 86-88).

Infirmier, 23 ans, pris le 17 mai 86 de malaise, courbature, et violent point de côté sous le sein gauche. Le soir la

température est de $38^{\circ},6$; le lendemain matin 18 mai elle est de 40° et le soir $40^{\circ},2$.

La pommette gauche est injectée, et l'examen montre au niveau du globe inférieur du poumon gauche de la submatité, de l'affaiblissement dans les vibrations vocales, un mélange de râles crépitants et de respiration soufflante.

Crachats abondants, visqueux et adhérent très-fortement au vase, teintés de sang. Le 19 au matin la défervescence est totale, la température est tombée de trois degrés, elle est à $37^{\circ},2$ et le malade éprouve un bien-être complet. *Il n'y a pas de changement dans le foyer pulmonaire* ; le soir du 19, la température reste à $37^{\circ},6$, si bien que M. Jaccoud pense que cette pneumonie si menaçante dans son invasion est une

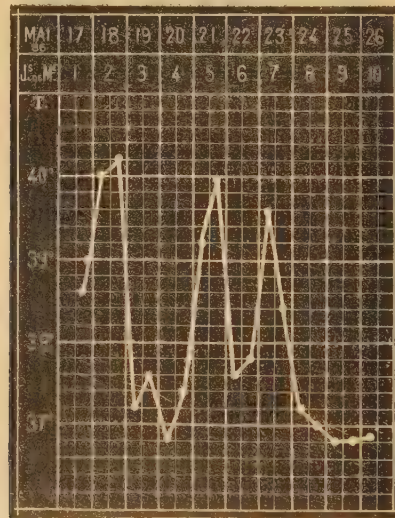


Fig. XX.

simple fluxion de poitrine dont le début a été un peu plus orageux que de coutume. En effet, le 4^e jour on trouve $36^{\circ},8$

le matin 37° le soir. *Toutefois l'absence* de toute résolution dans la lésion pneumonique tient en éveil.

Le matin du 5^e jour le thermomètre marque 39°,2 et le soir 40°. Cette reprise dure 24 heures et le lendemain matin 6^e jour, nouvelle défervescence, 37°,2 le matin et 37°,4 le soir.

Le 7^e jour le thermomètre remonte à 39°,6 le matin, il manque 38°,6 le soir.

Enfin le matin suivant il était de nouveau et définitivement tombé à 37°,2.

Chez ce malade, dit M. Jaccoud, la pneumonie était indépendante de toute influence palustre et il n'a pas été donné de quinine : l'évolution a donc été complètement naturelle.

OBSERVATION XXII.

(*Docteur Bertrand*).

Heul., 21 ans, entre le 7 avril 1886 à l'hôpital ; il est malade depuis deux jours, a eu un frisson violent, point de côté à droite, pommelle droite colorée. Toux, crachats gommeux. Matité, vibrations thoraciques exagérées, râles crépitants, expiration soufflante en arrière dans le tiers supérieur de l'hémithorax droit. Râles ronflants en bas et en arrière des deux côtés. T. 40°, 7.

Le 8 avril, défervescence. T. m. 37°,3 et s. 37. Le 9 dyspnée, douleur très-vive à droite au-dessous du mamelon, crachats rouillés, souffle intense au sommet droit T m. 39°,5 et s. 38°,8.

Le 10 T. m. 40°,2 et s. 39°,8.

Le 11 avril la température tombe à 36°,9, la dyspnée a cessé, crachats sucre de pomme.

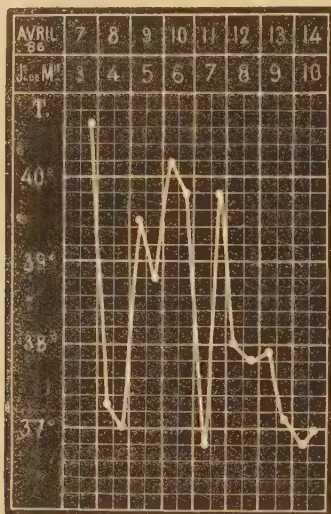


Fig. XXI.

Le soir du même jour le thermomètre remonte à 39°8. Aucun signe nouveau ne survient du côté de l'appareil respiratoire.

Le 12 T. m. 38 et s. 37°,8.

Le 19 T. m. 37° 9 et s. 37°,

Le 14 T. m. 36°9 et s. 37.

Ainsi, dans cette observation il y eut deux fausses défervescences à trois jours d'intervalle, l'une le quatrième l'autre le septième jour de la maladie.

OBSERVATION XXIII.

(Tirée de la thèse de Soppovitch, Paris 88).

La nommée Lutz Dorothée, 49 ans, cuisinière, entre le 23 février 88 hôpital Tenon, salle Reyer. Très-nettement alcoolique.

Le 20 février, frisson violent.

Le 21 point de côté intense au-dessous du sein droit. Dyspnée très-marquée.

Le 22, crachats rougeâtres et abondants.

Le 23, jour de son entrée à l'hôpital, face rouge et animée, pouls plein, bondissant marquant 96 pulsations à la minute.



Fig. XXII.

Anxiété respiratoire. A la percussion, matité des deux tiers inférieurs du poulmon droit à l'auscultation : bouffées de râles crépitants à la base droite, souffle doux au niveau de la partie moyenne. Point de côté violent. Temp. 39°. Urines rouges peu abondantes avec un peu d'albumine.

Le 24 février. Matité et râles persistent. Expectoration visqueuse abondante.

T. m. 38°,4 et s. 39.

Le 25 fév. le *souffle est plus marqué* mais la température tombe à 37°,4.

Le 26, mêmes symptômes. T. remonte à 38°8 le matin et 39°,4 le soir.

Le 28 elle retombe à 37,4 et 37,6 le soir, pour remonter de nouveau le 29 à 39.

Les *phénomènes locaux persistent toujours*. Le 1^{er} mars T. 39°,4, le matin et 39°,6 le soir, enfin dans la nuit du 1 au 2 mai chute définitive.

OBSERVATION XXIV.

Tirée de la thèse de Pageault, Montpellier 89).

Tar... Pierre entre à l'hôpital le 30 mai 88, 24 ans, constitution robuste, il n'est pas originaire d'un pays à malaria, n'est jamais allé aux colonies, et n'a jamais eu antérieurement d'accès de fièvre. Malade depuis le 27 mai. A éprouvé ce jour-là un frisson unique et violent.

Le 30 mai. Il présente nettement tous les signes d'une pneumonie à droite : toux, dyspnée, crachats rouillés, visqueux et adhérents. Matité à la base de l'hémithorax droit en arrière; râles crépitants et souffle expiratoire à ce niveau T. m. 38° et s. 40°,3. P. 104, R. 32.

Le 31 mai. Nuit bonne plus de fièvre, respiration facile T. 37°,5 P. 76. R. 25. *Devant une pareille amélioration on croit à la guérison*, mais le soir la température est remontée à 40°,5 le pouls à 100 et la respiration à 38.

Le 1^{er} juin nuit très-mauvaise ; agitation. Les râles crépitants persistent avec un fort bruit de souffle. Dyspnée intense. T. 40°,2 P. 96 et R. 32. Ces symptômes inquiétants ne durent pas longtemps, le soir à la contre-visite nouvelle remission. Tous les signes subjectifs s'amendent : la température est à 37°,5 le pouls bat 60 et la respiration est à 24. *Cependant l'auscultation dénote la persistance des signes physiques, la lésion pulmonaire est restée stationnaire et on n'autorise pas le malade à se lever.*



Fig. XXIII.

Le 2 juin. Reprise de la fièvre crachats rouillés dyspnée intense. T. m. 30°,7 s. 30°,7. P. 80 R. 32.

Le 3 juin T. m. 39 et s. 37°,5 P. 56 et 60 R. 24 et 28.

Le 4 juin T. 36°,9. P. 62 et 58 R. 24 et 30.

A partir du 4 juin les signes stéthoscopiques s'amendent.
Le malade sort guéri le 12 juin.

III

DU POULS DANS LES FAUSSES DÉFERVESCENCES

Dans les pneumonies franche normales, la fréquence du pouls suit exactement la marche de la température ; les deux courbes sur le tracé graphique sont sensiblement parallèles,

Que devient le pouls dans les cas de fausse défervescence ?

Il était intéressant de savoir si on pouvait recueillir quelques indications de ce côté.

Or, s'il est vrai de dire que parfois dans ces circonstances la fréquence du pouls accompagne la température et que les tracés qui figurent la marche de ces deux éléments, s'abaissent avec plus ou moins de parallélisme, il arrive bien plus fréquemment que le nombre des pulsations reste stationnaire ou continue sa chute. Il contraste ainsi avec la descente ou la nouvelle élévation de la chaleur. De sorte que la marche du pouls peut dans bien des cas tenir en garde contre une fausse sécurité et permettre souvent de distinguer cet abaissement momentané d'une chute continue et régulière, une pseudo-crise d'une crise véritable.

L'observation I nous offre un bel exemple de cette dis-

cordance du pouls et de la température. En pleine période d'acmé la température est à 40°,6 et le pouls à 140; survient une défervescence, la température tombe à 38°,8 et le pouls à 100, mais le soir du même jour, dit l'observation, la température remonte à 40°,6 et le pouls continue à descendre.

Dans l'observation IX, le troisième jour de la pneumonie, on constate une chute de la température qui de 40° tombe à 36°,5. Malgré cet abaissement considérable le pouls marque encore 120 pulsations à la minute; on pouvait donc dans ces cas s'attendre à une reprise qui eut lieu en effet le soir même.

Nous trouvons citée, dans un mémoire du Dr Belugou, publié dans le Mont-pellier médical de 1878, cette valeur pronostique du pouls eu égard à celle de la température. « Cette importante pronostique du pouls, dit-il, dans des circonstances où la température ne fournit que des indications trompeuses, m'a souvent frappé dans la terminaison de la pneumonie. »

Les observations suivantes relatées dans le mémoire précédent sont tout à fait caractéristiques.

OBSERVATION XXV.

(Docteur Belugou).

Un détenu, âgé de 26 ans, prend une pneumonie : frisson avec point de côté, dyspnée, rougeur des pommettes, matité,

rales crépitants, augmentation des vibrations thoraciques, crachats caractéristiques, tous les signes y sont.

Pouls. 110. Température $40^{\circ},3$ R. 30.

Le lendemain même état local, même état général.

Matin : P. 84. T 39° . R 26.

Soir : P. 100 T $39^{\circ},8$. R 30.

Le jour suivant la température s'abaisse à $37^{\circ},8$, mais le pouls reste élevé dans les environs de 100°. Même état local

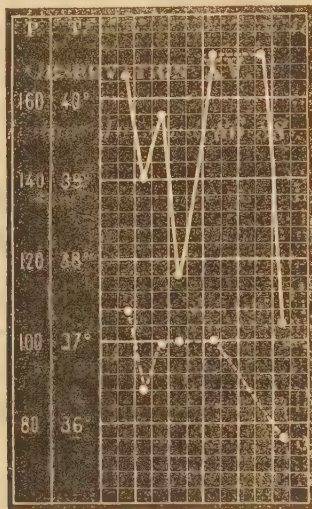


Fig. XXIV.

Le lendemain la température a repris une marche ascendante jusqu'à $40^{\circ},5$; le pouls reste au même niveau.

Enfin deux jours après la résolution commence et la température tombe à $37^{\circ},2$ le pouls à 78, la convalescence survient.

Ainsi dans cette observation le pouls reste stationnaire pendant la fausse défervescence : tandis qu'il accompagne la température et suit une marche parallèle à la sienne dans la défervescence vraie.

OBSERVATION XXVI. —

Un vieillard de 71 atteint de pneumonie du côté droit. Le sixième jour de sa maladie, le thermomètre qui marquait la veille 40°,4 n'indique plus que 38°,2, mais l'examen du poulx tient en garde contre les suppositions trop favorables que pourrait faire naître une semblable chute. De 90 pulsations on constate qu'il est remonté à 100, chiffre qu'il conserve pendant toute la durée de cette fausse défervescence.

Dans cette observation la fréquence du poulx, non-seulement se maintient pendant la chute de la température, mais elle augmente ; c'est donc un cas typique de la supériorité du poulx sur la température au point de vue du diagnostic.

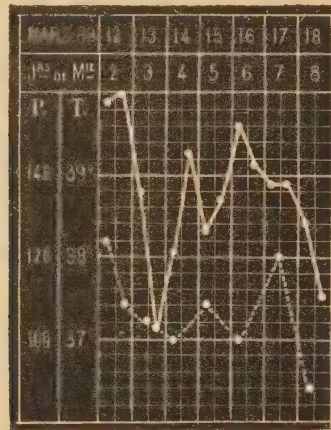
Voici encore une observation intéressante tirée de la brochure du docteur Fiessinger d'Oyonnax.

OBSERVATION XXVII.

Per... 60 ans, atteint depuis longtemps d'emphysème et de bronchite chroniques, a le 11 mars 1889 un point de côté gauche et un frisson durant 2 heures, pas de mal de tête.

12 mars. T. m. 39°,9 et s. 40. P. 124. A l'auscultation les anciens signes d'emphysème prédominent ; la respiration est légèrement soufflée, tant à droite qu'à gauche. Douleur vive à la pression des cinquième, sixième et septième espaces intercostaux gauches. Crachats rouillés, Pneumonie centrale.

13 mars. T. m. 38,8 et s. 37°,1. P. 108. Insomnie. Pas de foyers d'hépatite ou pulmonaire perceptible,



Ffg. XXV.

14 mars T. m. 38°1 et s. 39°3. P. 100.

15 mars T. m. 38°3 et s. 38,7, P. 112.

16 mars T. m. 39,6 et s. 39,1. P. 120.

17 mars T. m. 38,9 et s. 38°9. P. 104.

18 mars T. m. 38°4 et s. 37°5, P. 88. Nuit bonne. Guérison.

IV.

DES URINES DANS LES FAUSSES DÉFERVESCENCES.

Tous les auteurs qui ont écrit sur la pneumonie signalent les caractères importants des urines au cours de cette maladie. Rappelons en quelques mots ces caractères.

1° Urines de la période fébrile.

a). Caractères physiques. — Pendant la période fébrile la quantité des urines diminue d'une façon notable jusqu'à 500 et même 300 grammes. Leur réaction est très-acide ; leur coloration rouge foncée, leur densité est augmentée. Elles laissent déposer par le refroidissement un sédiment rougeâtre, boueux qui adhère au vase.

b). Caractères chimiques. On constate une augmentation du résidu solide. Les matières organiques, urée, acide urique et matières extractives sont notablement augmentées.

Les matières inorganiques, phosphates, sulfates et surtout chlorures subissent une forte diminution.

2° Urines de la défervescence..

a). Caractères physiques. L'urine de la défervescence, présente des caractères particuliers : *sa quantité augmente*

au point de constituer une polyurie temporaire. La densité reste élevée, la coloration diminue d'intensité; la réaction est moins acide, parfois même elle devient alcaline.

b). *Caractères chimiques.* — Le résidu solide diminue; il en est de même des matières organiques, urée, acide urique, et matières extractives.

Les matières inorganiques au contraire et les chlorures en particulier présentent une augmentation.

Par cet exposé rapide on peut comprendre l'importance de l'élément fourni par la quantité de l'urine et sa composition pour la détermination du moment de la défervescence vraie.

Il n'était pas sans intérêt de rechercher ce que devenait ce critérium de l'urine dans les cas de fausse défervescence que nous avons signalés. Malheureusement nous n'avons pu faire toutes les recherches que nous aurions voulu, car les pneumonies à fausse défervescence étant en somme assez rares, il eut fallu analyser des urines de très-nombreux pneumoniques avant de trouver quelques cas de fausse défervescence. Aussi nous avouons être très-incomplet à ce point de vue. Néanmoins on a pu voir que dans deux observations on avait mesuré la quantité des chlorures. Voyons donc quels sont les résultats.

Dans l'observation I :

Le 1^{er} mars, jour maximum de la fièvre T. 40°5, p. 148 : la quantité d'urine était de 274 cmc. et la quantité de chlorures par litre de 0 gr. 55 au lieu de 9 gr., quantité normale.

Le 2 mars il y avait 280 cm. d'urine et 1,20 de chlorures.

Le 3 mars, jour de la fausse défervescence, la quantité d'urine est toujours très faible 300 cmc, il en est de même des chlorures 2,06.

Enfin le 4 mars, jour de la véritable défervescence, les urines augmentent, 430 cmc et les chlorures aussi d'une manière notable, 4 gr. 50.

Dans l'observation IX nous pouvons :

Le 8 mars, jour de fièvre précédant la fausse crise, la quantité d'urine était d'environ 350 grammes celle des chlorures 1 gr. 50.

Le 9 mars, jour de la fausse défervescence, la quantité d'urine reste la même, 350 g. et celle des chlorures est de 1 g. 20 cm ; elle est par conséquent un peu moins forte que celle de la veille.

Le 10 mars, urine 480 g. et chlorures 2 g. 10, donc légère augmentation et pourtant nous sommes en pleine période d'acmé.

Enfin deux jours après, le 12 mars, a lieu la crise véritable, la quantité d'urine monte à 610 g. et celle des chlorures à 5 gr.

La conclusion est facile à tirer de ces deux observations : pendant la fausse défervescence la quantité des urines n'augmente pas, (1) quant au chlorures leur proportion ne varie également pas.

1. Dans ces deux observations on notera qu'il s'agit d'enfants et non d'adultes, c'est ce qui explique la quantité si faible d'urine en vingt-quatre heures.

Dans la vraie crise au contraire, comme on le sait depuis longtemps, il y a émission plus considérable d'urine (urines critiques) et les chlorures augmentent d'une façon notable.

V

DIAGNOSTIC-PRONOSTIC

« La connaissance de la pneumonie à reprises, dit le professeur Jaccoud, a une grande importance pour la pratique, en ce qu'elle préserve le médecin de fautes graves dans le pronostic ; s'il ignore cette forme spéciale de la maladie, il annoncera la guérison lorsqu'il observera au troisième ou quatrième jour une défervescence complète, et de nouvelles exacerbations fébriles viendront bientôt dementir son jugement précipité » (1).

Il est bien évident qu'on ne saurait prévoir si tel pneumonique fera ou ne fera pas une fausse défervescence. Mais, lorsque chez un malade qui la veille présentait une fièvre de 40°, le médecin ne trouve plus que 37 le lendemain matin, peut-il affirmer qu'il s'agit de la véritable crise ou d'une fausse chute de la température.

Le diagnostic dans ce cas est assez délicat, toutefois certains signes permettent souvent de reconnaître une fausse défervescence : 1° la persistance des symptômes locaux ; M. Jaccoud a particulièrement insisté sur ce fait : « Il est à remarquer, dit-il que cette défervescence

1. Jaccoud, *loco citato*.

illusoire ou fausse crise n'est accompagnée d'aucune amélioration dans l'état du malade. » Et en parcourant les observations que nous avons citées, on peut constater que dans toutes cette persistance des signes physiques est signalée.

Une pneumonie arrivée à sa période terminale, à sa crise, offre des symptômes locaux de résolution : la matité thoracique diminue, le souffle tubaire disparaît et fait place à des râles plus gros, plus humides que les râles crépitants fins et secs de la période d'état.

Dans les fausses défervescences au contraire, le foyer pneumonique ne présente aucune tendance à la résolution, au contraire la lésion progresse et les signes physiques deviennent plus évidents. C'est pourquoi il n'est pas exact d'appeler, avec le docteur Bertrand, ces pneumonies des *pneumonies à poussées successives*, car cette dénomination indique des changements dans la lésion elle-même, ce qui n'a pas lieu. Le nom que leur donne M. Jaccoud, de *pneumonie à reprises*, est assurément bien préférable, car cela indique simplement une reprise de la fièvre. Toutefois pour éviter toute erreur, et bien que le nom soit un peu plus long, il est, croyons-nous, préférable de les désigner sous le nom de *pneumonies à fausses défervescences*.

2° Un second signe qui existe dans bien des cas, c'est la discordance du pouls et de la température : tantôt, comme nous l'avons vu, le pouls reste élevé quand la température s'abaisse, tantôt le pouls continue à descendre régulièrement tandis que la température reprend après sa fausse chute.

3° Nous avons vu que dans les deux cas où l'on avait examiné la quantité des urines, que celle-ci n'avait pas augmenté pendant la fausse défervescence, qu'elle doublait ou triplait au contraire dans la vraie crise. Ce sera donc un bon signe pour le diagnostic. Je ne parle pas du dosage des chlorures, qui serait évidemment d'un usage peu pratique pour un diagnostic rapide au lit du malade.

Ainsi donc, persistance de l'état local, marche du pouls comparée à celle de la température, absence d'urines critiques, tels sont les symptômes qui permettent de reconnaître ou tout au moins le soupçonner une fausse défervescence.

Mais le diagnostic ne doit point s'arrêter là : reconnue ou méconnue, la fausse défervescence a eu lieu, puis au bout de douze, dix-huit ou vingt-quatre heures, la température a repris son degré primitif. Supposons même que le fait se soit produit deux fois, qu'il y ait eu une double fausse défervescence. Le médecin n'est-il pas en droit de réserver son pronostic, d'exposer ses craintes ? Ne doit-il pas redouter quelques complications, une pleurésie, la tuberculose ?

Ne s'agit-il pas de pneumonie tuberculeuse, de cette pneumonie caséuse aiguë des anciens ou bien d'une pneumonie malarienne ?

Par toutes les observations précédentes nous avons pu voir qu'il s'agissait toujours de pneumonies franches très-nettes, dont les symptômes, la marche, la durée, la terminaison étaient en tous points classiques, seule la température présentait une irrégularité : la fausse chute.

Une pleurésie pneumococcique vient souvent compliquer la pneumonie primitive, mais dans ce cas un examen attentif permet de trouver les signes de cette complication : c'est une matité spéciale, la diminution des vibrations thoraciques ; une broncho-égophophonie très-appreciable en un mot tous les symptômes propres à la pleurésie.

La pneumonie tuberculeuse ou caséeuse des anciens ressemble souvent à son début à une pneumonie franche : « la violence du frisson, l'élévation de la température, le point de côté, les crachats colorés et visqueux donnent à la maladie les apparences d'une pneumonie franchement lobaire » (1), de plus la phthisie aiguë pneumonique a pour caractère l'irrégularité de l'élévation thermique ; supposez donc une ou deux fausses défervescences dans le cours d'une pneumonie franche, le médecin commettra facilement une erreur de diagnostic.

Quelques symptômes permettent cependant d'éviter cette erreur ; la pneumonie caséeuse survient « chez des individus débiles, présentant l'habitus extérieur des prédestinés à la tuberculose, ou pendant l'évolution d'autres états morbides (rougeole, état puerpéral) etc. » (1).

L'expectoration n'est pas celle de la pneumonie franche, ce ne sont pas les crachats sucre de pomme, si caractéristiques, mais ils sont blanchâtres ou verdâtres, sanguinolents, s'accompagnant de petites hémoptysies ; les râles perçus dans la poitrine sont plus gros, le souffle

1. Lepine, article Pneumonie, Dict. Jaccoud.

bronchique fait défaut ou bien il apparaît tardivement. Mais le caractère différentiel important se trouve dans la marche des deux maladies, dans l'une, la pneumonie franche, la durée ne dépasse guère un septennaire, dans l'autre, au contraire, la maladie se prolonge des semaines et des mois. Le malade perd ses forces, s'amaigrit, les signes pulmonaires s'accroissent et souvent on assiste au ramollissement des masses caséuses et à la formation des cavernes. Bref, si au début le diagnostic offrait une certaine difficulté, au bout de peu de temps le doute n'est plus permis.

Le diagnostic le plus délicat est certainement celui de la pneumonie à fausses déferescences avec la pneumonie malarienne ou intermittente.

Comme l'indique le docteur Bertrand dans son mémoire, « les ressemblances sont grandes si même l'identité clinique n'est complète dans l'une et l'autre condition. » Il est certain qu'en présence d'une pneumonie avec deux ou trois fausses crises survenant chez un sujet habitant un milieu palustre, l'erreur est presque inévitable ; les graphiques des températures sont, en effet les mêmes, dans les deux cas. Il existe cependant quelques signes qui permettent la distinction.

Dans l'intervalle des accès de fièvre palustre pneumonique, le plus souvent les signes physiques locaux s'amendent et même disparaissent ; or nous l'avons dit, toutes les observations signalent cette particularité importante : les symptômes pulmonaires persistent et poursuivent leur marche normale. Mentionnons encore une fois la

discordance du pouls et de la température, ce qui n'a pas lieu dans l'autre cas. Autre caractère, signalé par M. Jaccoud, dans la pneumonie à reprises le frisson et les sueurs font défaut au moment de la reprise, ils sont au contraire constant dans la fièvre paludéenne pneumonique.

Mais ce qui confirmera le diagnostic, ce sera surtout la notion de la malaria endémique dans le pays où l'on observe, les atteintes antérieures d'impaludisme chez le sujet, la tuméfaction de la rate et la marche de la maladie. Pris isolément chacun, de ces signes n'est pas sans doute un critérium de certitude, mais réunis ils acquièrent une grande valeur pour le diagnostic.

Du reste la confusion n'a pas une bien grande importance pratique. Supposons que le médecin rattache au paludisme une pneumonie à fausses déferescences, il administrera le sulfate de quinine, qui n'est nullement contre indiqué dans la pneumonie franche. Il agira à la fois comme tonique et comme antiseptique.

Nous ne dirons qu'un mot du pronostic de ces fausses déferescences; elles n'ont aucune influence sur la marche, de la maladie; la durée de celle-ci n'en est ni avancée, ni reculée.

CONCLUSIONS

Les seuls faits à retenir de ce modeste travail sont :

1° Dans le cours d'une pneumonie franche aiguë il peut se produire une apyrexie passagère.

2° Cette apyrexie n'est qu'une fausse défervescence, puisque les symptômes importants de la maladie persistent et que celle-ci suit son cours.

3° Le pouls et les urines (quantité et chlorures) ne suivent pas généralement la température dans sa chute.

4° Cette fausse défervescence a lieu le plus ordinairement dans la nuit du quatrième au cinquième jour ou du cinquième au sixième. Elle dure en général douze à dix-huit heures.

5° Elle peut se renouveler deux fois dans le cours de la même pneumonie.

6° La connaissance de ce fait anormal est très importante au point de vue du diagnostic et du pronostic.

VU :

Le Président,

DEBOVE.

Vu : le Doyen,

COLMET DE SANTERRE

VU ET PERMIS D'IMPRIMER,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

